

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2008 –

**« PERSONNES AGEES VIVANT A DOMICILE
LE PORTAGE DES REPAS : ELEMENT ESSENTIEL
DE LUTTE CONTRE LA DENUTRITION ? »**

– Groupe n° 28 –

- **BARDEZ Christine (DS)**
- **CRESENS Mathilde (D3S)**
- **HILAIRE Audrey (D3S)**
- **LYANNAZ Sandra (EDH)**
- **MONTIGNIES Johann (D3S)**
- **COSTA Benoît (IASS)**
- **ETCHETTO Céline (D3S)**
- **KOHLER Carole (DS)**
- **MICHELOT Joëlle (IASS)**

Animatrice

– *Dr Danièle MISCHLICH*

Sommaire

1	La dénutrition des personnes âgées à domicile : un véritable enjeu de santé publique.....	3
1.1	Un phénomène multifactoriel aux conséquences sanitaires et sociales majeures	3
1.1.1	La dénutrition : épidémiologie et dépistage	3
1.1.2	Les causes de la dénutrition.....	4
1.1.3	Les conséquences de la dénutrition	6
1.2	La politique publique de lutte contre la dénutrition des personnes âgées	7
1.2.1	Une politique publique ciblée.....	7
1.2.2	... mais qui s'inscrit avant tout dans une démarche plus globale	9
1.2.3	Le portage des repas comme solution souvent préconisée.....	10
2	Le portage des repas : une réponse pertinente mais insuffisante	11
2.1	Le processus de portage des repas	11
2.1.1	Le cadre législatif et les modalités techniques	11
2.1.2	Les acteurs et les financements	13
2.1.3	Une approche avant tout sanitaire qui reste insuffisante	13
2.2	Les limites du portage de repas actuel : l'oubli du volet social de l'alimentation	14
2.2.1	L'adaptation du service à la personne	15
2.2.2	L'aliment, une substance à la fois physique et imaginaire.....	16
2.2.3	Le repas, un moment de convivialité.....	17
3	Propositions pour une politique efficace de lutte contre la dénutrition des personnes âgées à domicile	18
3.1	Axes d'amélioration pour le portage de repas	18
3.1.1	Donner la possibilité de choisir son menu.....	18
3.1.2	Mettre en place une réelle qualité nutritionnelle axée sur le plaisir de manger	19
3.1.3	Favoriser la socialisation	20
3.1.4	Motiver et mieux former les livreurs à domicile	20
3.1.5	Associer le portage des repas avec d'autres modes d'intervention	21

3.2	Axes de réflexion pour une lutte plus globale contre la dénutrition des personnes âgées à domicile	22
3.2.1	Un développement des compétences des acteurs au service d'une plus grande coordination au sein de la filière de prise en charge	22
3.2.2	Vers un financement et une réglementation en plus grande cohérence avec les besoins des personnes âgées à domicile.....	24
3.2.3	Une expérimentation et des perspectives d'avenir	25
4	Conclusion.....	27
	Bibliographie.....	28
	Liste des annexes.....	Erreur ! Signet non défini.

Remerciements

Tout d'abord, nous tenons à remercier le Docteur Danièle MISCHLICH, notre animatrice, pour son aide, sa disponibilité, et l'attention particulière qu'elle a portée à notre travail.

Notre reconnaissance s'adresse également aux experts nous ayant accordé des entretiens, Mesdames FERRY, gériatre, HUC, diététicienne, LEVASSEUR, professeur associé de médecine générale à l'UFR Rennes et Messieurs ENNUYER, directeur de l'association « les amis du 17^{ème} », MALO, psychologue spécialisé dans le domaine du vieillissement, TRONCHON, directeur de la société « Saveurs et vie ».

L'ensemble des personnes, professionnels, mais également usagers, qui ont accepté, dans des délais souvent très courts, de répondre à nos questions apportant ainsi utilement leur regard et analyse sur notre sujet ont aussi nos remerciements

Enfin, nous saluons l'ensemble de l'équipe pédagogique du MIP, pour l'organisation et la gestion de ce module trois semaines durant.

Liste des sigles utilisés

APA :	Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AVS :	Auxiliaire de Vie Sociale
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique
CNA :	Conseil National de l'Alimentation
CNAV :	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRAM :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CSP :	Code de la Santé Publique
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDSV :	Direction Départementale des Services Vétérinaires
DEAVS :	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
DGAS :	Direction Générale de l'Action Sociale
DRASSIF :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS :	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIR :	Groupe Iso-Ressources
HACCP :	Hazard Analysis Critical Control Point
HAS :	Haute Autorité en Santé
HCSP :	Haut Comité de Santé Publique
IMC :	Indice de Masse Corporelle
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MIP :	Module Inter Professionnel de Santé Publique
MNA :	Mini Nutritional Assesement
MPE :	Malnutrition Protéino-Energétique
MSA :	Mutualité Sociale Agricole
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PCH :	Prestation de Compensation du Handicap
PRSP :	Plan Régional de Santé Publique

PSGA : Plan de Solidarité Grand Age
PNNS : Plan National Nutrition Santé
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Méthodologie

Le groupe de travail était composé de deux directeurs de soins stagiaires, deux élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, quatre élèves directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et enfin, un élève directeur d'hôpital.

Lors de la première séance de cadrage, le Dr Danièle MISCHLICH, l'animatrice, a tout d'abord présenté son parcours professionnel ainsi que ses fonctions actuelles à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France (DRASSIF), comme chargée de mission et aux éditions ELSEVIER MASSON comme directrice de collection. Puis, elle a demandé à l'ensemble du groupe de se présenter (filière, parcours scolaire, universitaire et professionnel antérieur) ainsi que d'expliquer les motivations de chacun pour travailler sur ce sujet.

Un référent logistique ainsi qu'un référent documentaire se sont portés volontaires pour faire le lien entre l'équipe pédagogique du Module Inter Professionnel de santé publique (MIP), l'animatrice et le groupe.

Mme MISCHLICH nous a ensuite exposé les différents enjeux du sujet, ainsi que les raisons pour lesquelles elle avait proposé ce thème pour le MIP. Elle a également commenté de façon détaillée le dossier documentaire distribué une semaine auparavant et dont l'ensemble du groupe avait pris connaissance. Mme MISCHLICH nous a également orientés sur des pistes bibliographiques supplémentaires afin de nous permettre de cerner rapidement la problématique sous-jacente du sujet.

L'animatrice avait pris l'initiative de prendre pour le groupe des rendez-vous et entretiens téléphoniques avec des professionnels afin de faciliter nos démarches.

Par la suite, nous avons nous-mêmes décidé :

- De désigner un secrétaire de séance chargé des comptes-rendus et un animateur, différents pour chacune de nos rencontres.
- De rechercher deux communes, une en milieu rural, l'autre en milieu urbain, assurant la prestation de portage de repas, afin de programmer d'autres rencontres avec des professionnels et des usagers.
- De définir un guide d'entretien.
- De rédiger, à l'issue de chaque rendez-vous ou entretien, une synthèse envoyée à l'ensemble du groupe le lendemain.

- D'assurer une certaine « diversité » des membres du groupe, lors de chaque entretien et ce, dans un souci permanent de travailler en interfiliarité afin de permettre un regard et une analyse les plus larges possibles.

Lors de chaque entretien, un membre du groupe en particulier était chargé de mener la discussion, les autres membres intervenant également et assurant la prise de notes.

En parallèle de ces entretiens, chaque membre du groupe devait lire un certain nombre d'ouvrages et d'articles et communiquer au groupe une fiche de lecture type dont la trame avait été définie en commun. (sources, mots clés, résumé et analyse).

Au total, le groupe a réalisé 19 entretiens en face à face ou téléphonique et 32 fiches de lecture sur des ouvrages, articles et rapports divers.

Nous nous étions fixés un échéancier précis : consacrer la première semaine et demie aux enquêtes de terrain et aux recherches bibliographiques afin d'être en mesure de présenter en fin de deuxième semaine un plan très détaillé. Ce plan qui a fait l'objet d'un consensus a été soumis pour avis à Mme MISCHLICH ainsi qu'à M. ENNUYER, spécialiste de la question du maintien à domicile des personnes âgées.

La dernière semaine de travail a été consacrée entièrement à la rédaction et à la mise en forme du rapport final et de la présentation orale.

Nous nous sommes ainsi répartis équitablement la rédaction de l'ensemble des parties du rapport ainsi que du support de présentation orale pour la soutenance. Nous avons également décidé de former un comité de lecture, composé de trois élèves issus de trois filières différentes, chargé d'harmoniser, de relire, de mettre en forme l'ensemble du contenu, ainsi que d'établir la bibliographie et la liste d'abréviations.

Par conséquent, ce MIP s'est déroulé dans des conditions de travail optimales, le groupe ayant réussi à faire de la diversité des parcours et fonctions de chaque membre une réelle richesse pour faire avancer l'analyse sur notre sujet.

Nous sommes parvenus à adopter non pas une simple perspective pluriprofessionnelle mais à engager une réflexion réellement interprofessionnelle, c'est à dire dépassant la juxtaposition des regards pour permettre la construction d'un nouveau prisme d'analyse, développant ainsi les compétences individuelles de chacun de nous.

Introduction

L'allongement de la durée de la vie est une conquête majeure de l'humanité en même temps qu'un privilège des sociétés dites développées.

L'espérance de vie augmente, en France, d'un trimestre environ par an. Elle est de 76,7 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes en 2004¹. Entre les recensements de 1962 et 1999, le nombre de personnes de 60 ans et plus a augmenté de moitié et le nombre de personnes de 75 ans et plus a doublé. Les personnes de 60 ans et au delà, représentent aujourd'hui un habitant sur 5, soit plus de 13 millions d'habitants², et constitueront un tiers de la population à l'horizon 2050. La proportion de personnes âgées dépendantes devrait suivre également une courbe ascendante sur la période 2020-2040.

Aujourd'hui, la majorité d'entre elles vivent à domicile et les pouvoirs publics doivent donc adapter leur politique au nouveau visage démographique du pays.

Il s'agit donc de développer les mesures adéquates permettant de répondre au vieillissement de la population pour assurer une prise en charge adaptée, et ce tant du point de vue individuel que collectif.

Il paraît important de préciser que selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la réglementation française relative aux règles d'attribution de prestations, la « personne âgée » désigne les personnes de plus de 60 ans. En revanche les problématiques de la gériatrie concernent plus souvent des individus de plus de 75 ans.

La dénutrition, déficit répété d'apports quantitatifs de nutriments par rapport aux réserves énergétiques, est aujourd'hui considérée comme un risque majeur d'augmentation de la morbidité et de la mortalité pour les personnes âgées de plus de 75 ans³. En effet, le rapport du Haut Conseil en Santé Publique (HCSP)⁴, souligne le lien important entre alimentation et santé. Des recommandations destinées à influencer les habitudes

¹ Source Institut National d'Etudes Démographiques INED- 2004.

² Source INSEE –chiffres au 1^{er} janvier 2008.

³ Source Institut National d'Etudes Démographiques INED- 2004.

⁴ Avis et rapports HCSP *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et propositions* Juin 2000.

alimentaires ainsi que la qualité nutritionnelle des aliments ont ainsi été déclinées dans les Programmes Nationaux Nutrition Santé (PNNS) successifs.

La dénutrition est une cause fréquente d'hospitalisation et d'institutionnalisation ce qui justifie l'importance d'une prévention dès le domicile. Dans cette perspective, les pouvoirs publics ont mis en oeuvre une politique volontariste de développement des services à la personne en direction des personnes âgées.

Le portage de repas, élément de cette politique, apparaît donc comme une réponse possible au problème de la dénutrition.

Si la dénutrition chez la personne âgée apparaît comme un risque sanitaire et social majeur (1) le portage de repas constitue un élément de réponse (2). Cependant notre analyse en démontrera la limite et proposera diverses pistes d'amélioration (3).

1 La dénutrition des personnes âgées à domicile : un véritable enjeu de santé publique

1.1 Un phénomène multifactoriel aux conséquences sanitaires et sociales majeures

La dénutrition aggrave l'état de fragilité de la personne âgée et s'accompagne d'une mortalité et morbidité, en particulier infectieuse, plus élevées.

1.1.1 La dénutrition : épidémiologie et dépistage

En dépit des indicateurs optimistes d'espérance de vie, le risque de dénutrition est augmenté chez les personnes âgées à domicile. Il apparaît pertinent de développer des outils de dépistage et de diagnostic de la dénutrition.

Les données épidémiologiques sont comparables en Europe et aux Etats Unis. Les enquêtes les plus récentes (EURONUT SENECA, enquête du Val de Marne) indiquent que la prévalence moyenne de la dénutrition est de 3% chez les personnes de moins de 75 ans vivant à domicile et peut atteindre 10% au delà de 85 ans. En France le nombre de personnes âgées vivant à domicile⁵ et souffrant de dénutrition est estimé entre 350 000 et 500 000.

Ce constat est renforcé par l'étude SOLINUT qui a démontré récemment une progression de la dénutrition à domicile à hauteur de 23% (versus 4 à 10% dans les études épidémiologiques)⁶.

Différents outils de dépistage et de diagnostic permettent une classification du type et de l'importance de la dénutrition : une évaluation par enquête alimentaire, des mesures anthropométriques (poids, Indice de Masse Corporelle IMC, circonférence brachiale, circonférence mollet), le dosage de protéines circulantes (albumine, C Réactive Protéine),

⁵ Euronut-Seneca Nutrition and the elderly in Europe, Eur J Clin Nutr 1991 ; 45 ; 1-127

⁶ FERRY M. SIDOBRE B, LAMBERTIN A. BABERGER-GATEAU P. The SOLINUT Study : analysis of the interaction between nutrition and loneliness in persons aged over 70 years. J Nutr Health Aging, 2005 ; 9 : 261-9.

le Mini Nutritional Assessment – MNA (échelle d'évaluation globale du risque nutritionnel très utilisée en épidémiologie nutritionnelle chez les personnes âgées)⁷.

La Haute Autorité de Santé⁸ (HAS) préconise d'effectuer un dépistage au moins une fois par an en ville. Quant au Docteur Monique FERRY⁹, elle préconise une surveillance du poids et insiste sur l'importance de la pesée à domicile pour dépister la dénutrition.

Selon les sources ci-dessus, les critères attestant d'un état de dénutrition sont une perte de poids de 5% en un mois ou de 10% en six mois. Une dénutrition sévère est caractérisée par une perte de 10% en un mois ou de 15% en six mois.

Malgré l'identification de critères précis, le dépistage n'est pas réalisé systématiquement, c'est pourquoi le rapport HERCBERG¹⁰ et l'avis du Conseil National de l'Alimentation (CNA)¹¹ préconisent essentiellement la mise en place d'un meilleur dépistage et le repérage des situations à risque et des situations de dénutrition.

1.1.2 Les causes de la dénutrition

Elles sont nombreuses et associent des facteurs physiologiques, pathologiques et sociaux. Presque toutes sont accessibles à la thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge globale du patient âgé.

A) Les causes physiologiques

Même chez le sujet vieillissant en bonne santé, il existe des **modifications de certaines fonctions physiologiques** comme une satiété plus précoce ou prolongée, une diminution du goût, de l'appétit ou de l'odorat, un ralentissement de la digestion ou une altération de la dentition susceptibles de perturber l'alimentation.

⁷ On parle de risque si MNA va de 17 à 23,50/30. On parle de mauvais état nutritionnel si MNA inférieur à 17.

⁸ Recommandations professionnelles de la Haute Autorité en Santé – Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée – Avril 2007.

⁹ Entretien téléphonique du 19 mai 2008 avec M. FERRY, gériatre.

¹⁰ Rapport du Pr. S.HERCBERG sur le Programme National Nutrition Santé, Janvier 2006.

¹¹ Avis n°53 du CNA du 15 décembre 2005 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques.

De plus, des modifications métaboliques et fonctionnelles touchant toutes les étapes, allant de la dégradation des aliments au métabolisme des nutriments (glucose, calcium), peuvent altérer la nutrition d'un sujet âgé.

B) Les insuffisances d'apports

Des facteurs sociaux peuvent menacer l'équilibre de l'alimentation. Une situation d'**isolement** peut précipiter la personne âgée dans la dénutrition. Le plus souvent, elle fait suite à :

- la disparition du conjoint, d'amis, etc.
- **la difficulté d'accessibilité aux commerces** (troubles de la marche et disparition des commerces de proximité)
- des **difficultés financières** (diminution de la pension de réversion pour les veuves, privation au profit des descendants, exclusion du système d'aide sociale, ignorance des aides).

De plus, le **mode de vie** des sujets âgés se traduit aujourd'hui par une **sédentarité**, des **régimes** souvent abusifs et controversés, ainsi que de **multiples prescriptions médicamenteuses**, constituant des facteurs aggravants.

Par ailleurs, d'autres **diminutions des capacités physiques**, notamment une denture en mauvais état, douloureuse, une difficulté de mastication ou un trouble de la déglutition, renforcent le risque de monotonie alimentaire.

Enfin, la **diminution des capacités psychiques** (troubles du comportement, démence) ainsi qu'un **état psychologique fragile** (syndrome dépressif) doivent faire l'objet d'une attention particulière car ils peuvent déclencher un cercle vicieux entre la dénutrition et ces pathologies. Concernant les malades atteints de démences de type ALZHEIMER, différentes études ont montré une augmentation de l'incidence de la dénutrition chez ces sujets.¹²

C) L'augmentation des besoins nutritionnels avec l'âge

Elle est souvent due à un **hypercatabolisme**, qui se développe lors de toute maladie infectieuse, de destruction tissulaire (infarctus, accident vasculaire cérébral) ou de

¹² VELLAS, B., NOURHASHEMI, F., OUSSET, P.J. et al, « Le suivi médical des patients atteints de la maladie Alzheimer ». *in* La revue gériatrique, 1997.

réparation tissulaire (fractures, escarres). Il nécessite une augmentation des apports alimentaires, au risque de voir les besoins prélevés sur les réserves.

1.1.3 Les conséquences de la dénutrition

Elle a des conséquences multiples et variées qui font toute sa gravité. Il faut bien les connaître et les prévenir, en adaptant la ré-alimentation aux conséquences possibles, pas toujours prévisibles.

A) Les conséquences globales de la dénutrition et de la Malnutrition Protéino-Energétique (MPE)

La malnutrition, caractérisée par un déficit d'apports quantitatif et qualitatif prolongé¹³, **augmente** de deux à six fois la **morbidité infectieuse** chez la personne âgée institutionnalisée. Elle **multiplie par quatre le risque de mortalité** à un an lors d'une hospitalisation pour pathologie à 80 ans. Chez les sujets âgés en apparente bonne santé, la mortalité à 5 ans est dix fois plus grande pour les sujets présentant une MPE déjà constituée et trois fois plus grande quand elle débute.

De plus, **l'altération de l'état général** se traduit par les «4 A», comme l'indique le Dr Monique FERRY : l'amaigrissement constant, l'asthénie, l'anorexie et l'apathie.

Enfin sont constatés **des troubles psychiques** allant de la simple apathie à un syndrome dépressif parfois grave.

B) Les conséquences spécifiques de la dénutrition

La MPE peut entraîner :

- un véritable **déficit immunitaire** acquis.
- **des troubles digestifs** participant à l'entretien du cercle vicieux de la dénutrition
- des **escarres** favorisées et entretenues par la malnutrition.
- des **déficits vitaminiques** souvent asymptomatiques ayant des conséquences cliniques.
- l'aggravation de la diminution de la masse musculaire (sarcopénie) favorisant les chutes.

¹³ BASDEKIS J.C. *L'alimentation des personnes âgées et la prévention de la dénutrition*. Editions Estem, Février 2004.

C) Les conséquences humaines et économiques

La perte d'autonomie potentiellement liée à la dénutrition a des conséquences lourdes sur la qualité de vie des personnes âgées.

Par ailleurs, le rapport britannique du King's Fund Center a calculé qu'une meilleure prise en charge nutritionnelle aboutirait à une diminution de la durée d'hospitalisation de cinq jours pour environ 10% des patients, les économies réalisées étant estimées à 453 millions d'euros par an¹⁴. Le CNA souligne que les coûts de prise en charge de la dénutrition sont bien plus élevés que ceux de la prévention¹⁵. Le portage de repas à domicile n'a fait l'objet d'aucune étude médico-économique particulière à ce jour.

Quant à l'étude de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN)¹⁶, réalisée auprès de personnes âgées de 56 à plus de 80 ans, elle a également montré que les personnes pratiquant une activité physique non compétitive avaient des dépenses de santé deux fois moins importantes que les sédentaires.

1.2 La politique publique de lutte contre la dénutrition des personnes âgées

1.2.1 Une politique publique ciblée...

A) Des programmes nationaux

Des recommandations nationales concernant la nutrition sont déclinées sous formes d'objectifs précis dans les PNNS 1 et 2. Ils ont comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition.

Conformes à la culture alimentaire française, ils associent à l'objectif de santé publique les notions de goût, de plaisir et de convivialité. Ils ont été validés scientifiquement et sont désormais largement reconnus pour leur pertinence.

Le premier, de 2001 à 2005, a établi un socle de repères nutritionnels qui constitue désormais la référence nationale officielle. Le second, concerne la période 2006-2010 et

¹⁴ DAVIS, A.M., BRISTOW A. Managing nutrition in hospital, *Nuffield Trust*, 1999 ; 8.

¹⁵ Avis n° 53 CNA, op.cit.

¹⁶ Citée dans FERRY M., ALIX E., BROCKER P. et al. *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, Paris, Edition Masson, collection Ages, Santé et Société, 2007.

retient une série d'objectifs quantifiés de réduction des déficiences nutritionnelles.

Le PNNS 2 est fondé sur les recommandations du rapport HERCBERG. Les actions prévues ainsi que les prévisions de financement sont amenées à évoluer durant le programme et pourront être adaptées.

Une partie du PNNS est consacrée aux personnes âgées, tant dans le domaine de la prévention (dépistage précoce) que de la prise en charge, elle préconise de :

- prévenir la dénutrition,
- développer les recommandations pour la pratique clinique,
- favoriser le dépistage en pratique médicale de ville et d'institution,
- favoriser l'implication des familles,
- améliorer le statut en calcium et en vitamine D (risque d'ostéoporose),
- donner des repères simples de consommation,
- favoriser l'évaluation systématique par le personnel de santé.

B) Des campagnes d'information et de sensibilisation

Le cadre général posé par les PNNS est décliné lors de campagnes s'adressant aux professionnels de santé et au grand public.

Les supports privilégiés sont des guides et brochures de conseils et recommandations édités par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) :

- Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées
- Le guide nutrition à partir de 55 ans
- Le pense bête nutrition affichette du P.N.N.S. pour les personnes âgées
- Le livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé

Ils préconisent, de façon adaptée à leur cible, de surveiller quatre éléments importants : le poids, l'alimentation, l'hydratation et le niveau d'activité.

La principale critique adressée à ces supports par les professionnels de santé est leur caractère trop prescriptif.

C) Une déclinaison régionale de cette politique : le Plan Régional de Santé Publique (PRSP)

Le relais local de la politique publique de lutte contre la dénutrition est assuré par les différents PRSP Ils sont ensuite mis en œuvre par les Groupements Régionaux (ou Territoriaux) de Santé Publique qui associent l'Etat, les collectivités territoriales, l'Agence

Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)

D) D'autres recommandations sont préconisées par la HAS :

Cette dernière a élaboré un outil d'aide au dépistage et à la prise en charge de la personne âgée en cas de dénutrition protéino-énergétique (DPE) pour les professionnels de santé.

Cet outil prend en compte :

- la situation psycho-socio-environnementale,
- l'existence de troubles bucco dentaires,
- l'existence de troubles de la déglutition ,
- les affections aiguës ou décompensations d'une pathologie chronique,
- la dépendance dans les actes de la vie quotidienne,
- les troubles psychiatriques ou syndromes démentiels,
- les traitements médicamenteux au long cours.

1.2.2 ... mais qui s'inscrit avant tout dans une démarche plus globale

La politique de lutte contre la dénutrition des personnes âgées ne fait pas aujourd'hui l'objet d'une politique publique réellement spécifique. Elle s'inscrit dans le cadre de politiques plus globales relatives soit à la problématique nutritionnelle au sens large (PNNS), soit à la prise en charge des personnes âgées, plus ou moins dépendantes (plans « Bien vieillir »¹⁷, « Solidarité grand âge »¹⁸...).

La politique de lutte contre la dénutrition des personnes âgées dans le PNNS apparaît relativement accessoire au regard des objectifs ambitieux fixés par ce dernier. En effet, ce plan ne contient qu'une seule partie strictement dédiée aux problèmes de lutte contre la dénutrition des personnes âgées et finalement peu d'indications et d'objectifs précis sur ce thème.

Cette politique s'intègre également dans une action globale se confondant avec les différents plans et politiques publiques relatifs aux personnes âgées mais n'y est que rarement consacrée de façon indépendante.

¹⁷ Plan national « Bien vieillir » 2007-2009

¹⁸ Plan « solidarité – grand âge », 27 juin 2006

1.2.3 Le portage des repas comme solution souvent préconisée

La solution du portage de repas apparaît comme un élément essentiel de prévention et de lutte contre la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile.

Le plan « Solidarité grand âge » énonce en préambule la nécessité de « *donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles ; en développant les services de soins et d'aide à domicile ; en soutenant davantage les aidants familiaux ; en assurant une continuité entre domicile et maison de retraite ;...* »

En ce sens, le portage de repas est un élément favorisant le maintien à domicile pour les personnes âgées, dépendantes ou ayant des difficultés motrices.

Ce procédé permet d'offrir à la personne âgée, d'une part, une régularité dans l'apport de repas, et, d'autre part, une alimentation saine et sensée être équilibrée.

Ce service à domicile présente également un intérêt macro économique dans la mesure où les coûts engendrés par une politique de prévention de la dénutrition sont toujours inférieurs à ceux induits par une prise en charge des pathologies pouvant lui être associées¹⁹.

Malgré l'inscription du portage de repas dans une politique globale de santé publique, son coût est aujourd'hui en partie supporté par les bénéficiaires ou les dispositifs d'aide sociale mis en place de façon facultative par les collectivités territoriales. La commune apporte une aide spécifique sur ses budgets sociaux à travers le CCAS, le département avec l'APA ou la Prestation de Compensation du Handicap PCH et l'Etat avec la réduction d'impôts sur les services à la personne. Certaines mutuelles et caisses de retraite (dont la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse CNAV pour les GIR 5 et 6) apportent également une contribution partielle à leur initiative.

Les collectivités territoriales en général, et les communes en particulier, jouent ainsi un rôle fondamental dans la lutte contre la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile. Des initiatives locales, basées sur le volontariat, peuvent être contractualisées au travers d'une charte « Ville active » du PNNS

Le portage de repas semble être un bon moyen de lutter contre les problèmes de dénutrition des personnes âgées malgré une approche sanitaire prédominante laissant peu de place à une approche plus globale.

¹⁹ Avis n° 53 CAN, op.cit.

2 Le portage des repas : une réponse pertinente mais insuffisante

En préambule, il convient de définir ce que nous entendons par approche sanitaire et approche sociale du portage de repas. En effet, d'un point de vue institutionnel, les acteurs de la sphère sociale sont distincts de ceux de la sphère sanitaire.

Or, dans notre démarche, l'approche sanitaire recouvre la dimension nutritionnelle et le respect des normes d'hygiène, alors que l'approche sociale s'attache à l'environnement psycho-sociologique du portage de repas.

2.1 Le processus de portage des repas

Le portage des repas se définit comme le service d'une association ou d'une collectivité qui vient livrer un repas chez la personne, selon Madame HUC, diététicienne²⁰. Il ne se limite pas à la livraison mais s'inscrit dans un processus qui débute avec la commande du repas, sa fabrication, sa conservation, son stockage, son acheminement vers le domicile, sa livraison, sa consommation et sa facturation. Le portage des repas est une action proposée par 66% des communes de 5000 à moins de 200 000 habitants²¹ avec une forte disparité territoriale.

Ainsi, la définition s'inscrit dans un contexte très large qui nécessite de clarifier les champs législatifs et techniques et celui des acteurs avant d'analyser l'efficacité de cette prestation.

2.1.1 Le cadre législatif et les modalités techniques

L'arrêté du 29 septembre 1997²² précise les conditions hygiéniques et sanitaires auxquelles sont soumis les établissements publics ou privés assurant un service de restauration à caractère social, à titre gracieux ou onéreux, et dont au moins une partie de la clientèle est constituée d'une collectivité de consommateurs réguliers.

²⁰ Co-auteur de l'enquête « Portage des repas, c'est pas bombance », *in* Revue Que choisir, janvier 2008

²¹ DREES, études et statistiques, n° 307, avril 2004.

²² Arrêté n° AGRG 9700715A du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social, JO n° 247 du 23 octobre 1997

L'union européenne s'est saisie de la question de l'hygiène alimentaire à la suite des crises sanitaires des années 1990 à 2000 ce qui a abouti à l'adoption du « paquet hygiène »²³.

Il définit aussi le terme de préparation culinaire élaborée à l'avance²⁴ ainsi : « *préparation culinaire élaborée par un établissement de restauration collective, dont la stabilité n'est pas assurée et dont la consommation est remise à un service ultérieur à celui qui suit son élaboration ou qui a lieu en dehors des locaux attenants à la cuisine.* »

Si les préparations sont conservées par le froid, il s'agit d'un service en liaison froide, lorsqu'elles sont conservées par la chaleur, il s'agit d'un service en liaison chaude²⁵. Par ailleurs, il est nécessaire de procéder à une déclaration au directeur des services vétérinaires. Pour les établissements fabriquant des préparations culinaires élaborées à l'avance, il faut constituer un dossier spécifique en sus de la déclaration préalable et un agrément du préfet est nécessaire du fait de la livraison des denrées.

Il existe aussi des obligations du gestionnaire de service de restauration : bonnes pratiques hygiéniques, auto-contrôles réguliers de toutes les étapes de la préparation des aliments en se référant aux normes Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP), conformité des denrées alimentaires, conservation durant 5 jours d'échantillons des plats servis en vue de contrôles inopinés, informer les directeurs de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et de la Direction Départementale des Services Vétérinaires (DDSV) en cas de suspicion d'intoxication d'ordre alimentaire chez au moins deux personnes.

Les locaux doivent répondre à des normes tant dans leur conception que dans leur mode d'utilisation.

Enfin, des dispositions particulières régissent les établissements fabriquant des préparations culinaires élaborées à l'avance concernant l'hygiène du circuit de distribution et les étiquetages des produits en liaison chaude et froide.

²³ Règlements C.E. 178/2002, 852/2004 et 853/2004.

Cf. annexe n° 1b.

²⁴ Arrêté de 1997, article 2, op.cit.

²⁵ Les aliments conservés par la chaleur doivent être maintenus à une température de + de 63°C, et ceux en liaison froide, après refroidissement dans une enceinte entre +0°C et +3°C articles 19 et 20, arrêté du 29/9/97.

2.1.2 Les acteurs et les financements

La clarification du processus permet d'identifier les acteurs de la commande à la facturation. Ainsi ces derniers peuvent relever du bureau d'aide sociale (responsable du service de portage des repas, livreurs), de la municipalité (cuisine centrale et facturation) ou d'un prestataire extérieur privé (sous-traitance).

Des aides financières peuvent être allouées telles :

- l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : 6% des bénéficiaires l'utilisent pour le portage des repas et 40% pour les courses, la préparation des repas, la surveillance²⁶,
- des subventions de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), de la Mutualité Sociale Agricole (MSA),
- des subventions de l'aide sociale²⁷.

2.1.3 Une approche avant tout sanitaire qui reste insuffisante

Le repas, pour la majorité des personnes âgées, ne constitue plus un moment de plaisir²⁸.

Les rencontres réalisées auprès des porteurs de repas des deux communes, permettent de constater les points suivants :

- manque de temps pour parler,
- entrer dans la vie privée de la personne âgée en pénétrant dans le domicile,
- difficultés pour certaines personnes d'accepter de « se faire livrer un repas » alors qu'elles ont cuisiné toute leur vie²⁹,
- non accompagnement des bénéficiaires durant la prise de repas³⁰
- pas de vérification de la consommation de la livraison précédente.

²⁶ DREES, études et statistiques, n°293, février 2004.

²⁷ L'aide sociale extra-légale ou facultative est utilisée par la quasi-totalité des départements. Cf DREES, études et statistiques, n° 317, juin 2004.

²⁸ Enquête « Que Choisir », op.cit.

²⁹ Eléments également soulignés par Christophe DE LA MURE C, « Petit boulot ou travail social ? Les porteurs de repas à domicile », in Lien social, n° 452, septembre 1998

³⁰ Selon l'enquête SOLINUT de M. FERRY, 4^e congrès européen, Toulouse, novembre 2004, 1 personne sur 3 ne partage jamais un repas avec autrui

Nous avons également procédé à des entretiens auprès de cinq usagers des deux communes à partir de la grille élaborée dans le cadre de l'enquête de la revue « Que choisir » et adaptée par nos soins.

Ces derniers regrettent principalement de devoir manger seuls. Par ailleurs s'ils pensent que leurs besoins nutritionnels sont couverts, ils regrettent l'absence de qualité gustative.

Ces éléments corroborent les définitions d'un « portage de repas réussi » données par différents acteurs qui associent la nécessité d'intégrer le repas dans une histoire de vie, dans des échanges et partages. La nécessité d'une complémentarité des différents services destinés aux personnes âgées est également soulignée par tous les acteurs de terrain.

« La nutrition c'est manger ensemble »³¹, « si on mange bien en France contrairement à d'autres pays, c'est parce que l'on mange avec les autres »³² car la table au-delà du lieu où l'on absorbe de la nourriture est un lieu de remplissage affectif. La prise en commun de repas a fonction d'intégration et de régulation : l'autre est témoin d'un comportement signifiant l'appartenance à un groupe³³. Se nourrir, c'est aussi se faire plaisir et se faire plaisir, c'est manger des aliments qui ont du goût³⁴. Au-delà de la qualité nutritionnelle des aliments apportés qui couvre les besoins nutritionnels, il reste essentiel de pouvoir continuer à choisir les aliments, dans un « *choix synonyme d'autonomie* »³⁵, car c'est une manière de se respecter soi-même³⁶.

2.2 Les limites du portage de repas actuel : l'oubli du volet social de l'alimentation

Manger est une fonction sociale avant d'être un acte de santé. Les sociologues de l'alimentation, et notamment M. FISCHLER³⁷, ont pu mettre en évidence les enjeux de

³¹FISCHLER C. *L'omnivore*, Paris, Editions Odile Jacob, collection Point Seuil, 1993.

³² Entretien du 15 mai 2008 avec Mme HUC, diététicienne.

³³ WAYSFELD B, « Alimentation, convivialité et symboles », in *Revue Pour*, n°129, 1991.

³⁴ EIZNER N, « L'alimentation entre diversité et normalisation », in *Revue Pour*, n° 129, 1991.

³⁵ Entretien du 14/05/08 avec P.Y. MALO Psychologue et spécialiste du phénomène de vieillissement au C.H.U de Rennes.

³⁶ WAYSFELD B, op. cit.

³⁷ FISCHLER C., 2008, *Manger*, Paris, Editions Odile Jacob, 2008 et *L'omnivore*, op.cit.

l'alimentation : il s'agit tout d'abord d'un choix, qui concerne le lieu, le moment et le déroulement du repas. Par ailleurs l'alimentation renvoie à l'incorporation d'aliments qui ont une valeur nutritive mais aussi symbolique, et enfin, à la convivialité du repas.

2.2.1 L'adaptation du service à la personne

Avant tout, la personne âgée doit adhérer à l'idée du portage de repas pour que l'alimentation soit réussie. En effet, chaque personne est dotée d'une culture propre, en lien avec sa génération³⁸ et son milieu social³⁹. L'action de cuisiner faisait partie du quotidien des personnes âgées actuelles et la perte de cette capacité est souvent difficile à vivre. La personne âgée doit admettre cette perte pour pouvoir accepter l'idée d'un portage de repas à domicile.

Par ailleurs, le choix de faire appel à un portage de repas est parfois limité. En effet, toutes les communes⁴⁰ ne proposent pas ce type de service et le coût, parfois conséquent, est aussi un frein. Selon nos sources⁴¹, les tarifs s'échelonnent entre 3 et 10,50 euros, avec un prix moyen de 8,30 euros, ces chiffres sont confirmés par nos enquêtes de terrain.

Selon les besoins et attentes de la personne âgée, les différents types de portages de repas seront ou non adaptés. Ainsi, une liaison chaude sera à privilégier pour une personne particulièrement dépendante et ne pouvant réchauffer seule son repas, ou pour une personne qui ne souhaite pas s'occuper de cette étape. Une liaison froide, quant à elle, sera conseillée pour une personne qui souhaite s'occuper encore d'une partie de son repas, ou une personne pour qui l'autonomie peut être préservée, la liaison froide devenant dans ce cas un atout dans le maintien de l'autonomie⁴².

³⁸ Aujourd'hui, la plupart des personnes âgées ont été habituées à cuisiner ; d'une part, à domicile, l'utilisation de produits industrialisés prêt à l'emploi était rare, et d'autre part l'utilisation de service de restauration était également peu répandue.

³⁹ Des différences existent notamment entre le milieu rural et le milieu urbain.

⁴⁰ Cf. page 16.

⁴¹ Enquête « Que choisir », op.cit.

⁴² ESPINASSE M-T., « Vieillir en ville », *in* *Gérontologie et Société*, n° 69, juin 1994.

2.2.2 L'aliment, une substance à la fois physique et imaginaire

A) Aliment et plaisir sensoriel :

Quand la personne âgée a perdu la capacité de prendre du plaisir dans ses loisirs, manger demeure un des plaisirs facilement accessibles.

Pour ce faire les premiers sens à stimuler sont la vue et l'odorat. Un plat qui paraît appétissant sera plus facilement ingéré par la suite. Les expériences de portage de repas observées font apparaître que la présentation du repas dans des barquettes en plastique n'est pas une solution visuellement satisfaisante. La présentation dans de la vaisselle semble plus adéquate dans le cadre d'un travail sur l'appétence des mets. Au niveau olfactif, dans le cadre d'un système en liaison froide, l'odeur est faible, alors qu'en liaison chaude, l'odeur est un facteur important de stimulation de l'appétit.

Une fois l'appétit susciter chez la personne âgée, il faut lui donner envie d'apprécier la totalité de son repas. Ce sont le goût et la texture qui auront leur importance. L'utilisation de produits frais et l'attention portée à leur préparation sont des atouts en matière de goût. Il convient aussi de diversifier les textures en proposant des aliments adaptés aux problèmes bucco-dentaires. Le problème de la texture est particulièrement sensible pour les personnes dont la nourriture doit être moulinée ou hachée, l'aspect visuel doit rester attractif.

B) Le choix du menu

Le fait de choisir son repas est une prérogative d'adultes. Limiter voire annihiler ce choix revient donc à enlever une part d'autonomie qui vient se surajouter à la perte de la capacité à cuisiner.

Le choix dont il est question est un choix de convenance, en fonction des goûts et des envies du moment⁴³. Chaque personne a des préférences et des aversions en matière alimentaire. Cette identité alimentaire est le fruit de perceptions sensorielles, mais également d'une dimension symbolique de l'alimentation⁴⁴. Tout aliment est porteur d'une

⁴³ Ce choix renvoie à la théorie du paradoxe de l'Omnivore de Claude FISCHLER, qui explique que le problème de l'homme réside dans la conciliation entre un choix quasi-illimité de ses aliments, et la nécessité d'avoir un apport nutritionnel minimum pour être en bonne santé

⁴⁴ FISCHLER C., L'aliment moderne en quête de racines, *in* Revue Pour, n°129, 1991.

valeur imaginaire propre à l'individu, et qui est la conséquence de sa culture⁴⁵. Imposer un choix alimentaire à une personne est donc une atteinte à son identité et à ses valeurs. Le choix est donc essentiel pour préserver l'identité de la personne.

L'existence de régimes médicalement prescrits ne doit pas être un frein à ce choix.

Actuellement, la diversité des prestations entre public et privé induit un différentiel de coût important. Cependant, à ce jour, il n'existe aucune analyse comparative du coût de revient prenant en compte les paramètres suivants : public/privé, choix de menu/menu imposé.

Néanmoins, le choix a un coût⁴⁶, mais au delà de la dimension financière, permettre un choix demande surtout des adaptations organisationnelles de production, de distribution, de commande et de facturation spécifiques à ce secteur d'activité et s'opposant à la logique de restauration dite collective.

Toutefois, dans l'état actuel des organisations, une plus petite structure peut mettre en place un service plus individualisé⁴⁷. Pour autant, dans le cadre d'une politique nationale, ces dernières posent le problème de l'hétérogénéité de la professionnalisation et de l'encadrement.

2.2.3 Le repas, un moment de convivialité

Le lien social qui se crée au moment du repas est essentiel⁴⁸. Le dispositif de portage de repas ne peut satisfaire à lui seul la condition de sociabilité nécessaire à une bonne alimentation.

⁴⁵ L'existence de système culinaire et de fonds de cuisine différents selon le contexte spatio-temporel a été mise en évidence par les sociologues de l'alimentation (*L'omnivore* op.cit.). Les systèmes culinaires permettent de corriger le paradoxe de l'omnivore en apportant à l'homme une nourriture pré-pensée, qui contient déjà les nutriments nécessaires et qui façonne ses goûts.

POLY D., La consommation de produits régionaux en France, *in* Revue Pour, n°129, 1991.

⁴⁶ Cf. entretien du 07 mai 2008 avec M. TRONCHON, directeur de la société « Saveurs et vie »

⁴⁷ Ainsi, dans l'une des communes étudiées, rurale, les porteuses de repas procèdent à un entretien préalable et consignent les goûts des personnes dans un cahier, susceptible de modifications par la suite.

⁴⁸ Il s'agit d'une spécificité française comme le montre l'étude de l'Observatoire Cniel des Habitudes Alimentaires dont les résultats sont analysés par Claude FISCHLER dans son ouvrage *Manger*. Les Anglo-saxons voient dans l'action de se nourrir un acte individuel alors que pour les Français il s'agit d'un acte collectif.

Par ailleurs, un repas est un moment qui se prépare⁴⁹, la question du lien social s'étend donc à l'anticipation du repas, puisque la personne n'a plus à se déplacer pour faire ses courses. Néanmoins, certains services observés, dans le cadre d'une prestation individualisée, ne fournissent pas le pain dans l'objectif réfléchi d'inciter la personne âgée à sortir de chez elle.

Les politiques publiques sur la prévention de la dénutrition des personnes âgées ont commencé à prendre en compte cette dimension sociale⁵⁰ et à considérer le bien-être de la personne âgée dans sa globalité. Des solutions innovantes peuvent toutefois être avancées pour permettre une amélioration du portage de repas, et le développement d'actions parallèles peuvent favoriser la bonne nutrition des personnes âgées à domicile.

3 Propositions pour une politique efficace de lutte contre la dénutrition des personnes âgées à domicile

Afin de lutter plus efficacement contre ce risque, il convient, d'une part, d'améliorer la prestation du portage de repas, et d'autre part, de développer des filières et des réseaux afin de mettre en œuvre une prise en charge globale de la personne âgée. Dans un contexte économique contraint cette réflexion devra tenir compte de la dimension financière.

3.1 Axes d'amélioration pour le portage de repas

Le portage de repas à domicile doit s'accompagner d'actions favorisant le concept de plaisir du repas, tant dans sa dimension intra-individuelle (notion de plaisir sensoriel) que celle extra-individuelle (notions de convivialité et de communication).

Parmi les moyens de retrouver le plaisir du repas, plusieurs pistes peuvent être proposées⁵¹ :

3.1.1 Donner la possibilité de choisir son menu

Il nous semble fondamental que les personnes âgées aient la possibilité de choisir leurs menus et qu'une carte de remplacement puisse leur permettre de modifier l'une ou

⁴⁹ WAYSFELD B., op.cit.

⁵⁰ Avis n° 53 du CNA, op.cit. et Plan national « Bien vieillir », op.cit.

⁵¹ Ibid.

l'autre des composantes du repas. Il serait souhaitable également qu'elles soient incitées à prendre des initiatives et que leurs avis soient pris en compte sur la composition des menus et leur préparation. Ce libre choix alimentaire figure d'ailleurs comme l'un des dix principes généraux du deuxième PNNS. Pourtant, il semble⁵² que dans 64% des cas les services de portage ne proposent pas de choix⁵³. Malgré l'absence fréquente de diversité des menus⁵⁴, le volume des demandes ne diminue pas du fait de la difficulté pour les usagers de se passer de ce service.

3.1.2 Mettre en place une réelle qualité nutritionnelle axée sur le plaisir de manger

Il est étonnant de constater que seulement 13 % des menus sont validés par un diététicien⁵⁵.

Nous avons rencontré M. TRONCHON, directeur d'un service privé de portage de repas à domicile, très sensibilisé à la nécessité de cette prise en charge nutritionnelle de qualité. A cet effet, il propose une réponse personnalisée à ses clients, comprenant un contact avec une diététicienne combiné à une approche marketing axée sur le plaisir, selon lui « Il faut de la valeur associée au service et que la qualité intrinsèque des produits soit au rendez-vous de la promesse faite ». Ainsi, la majorité des usagers accepte de payer un peu plus cher les repas proposés fabriqués par deux traiteurs, liant les notions de qualité et de coût élevé⁵⁶.

La notion de plaisir ne doit pas être limitée par la prescription de régimes médicaux, comme le confirment les entretiens menés auprès de deux médecins⁵⁷. Ces médecins regrettent aussi que le PNNS soit trop normatif et prescriptif ("Mangez ceci", "faites du sport").

⁵² Enquête « Que choisir », op.cit

⁵³ Ni de menu haché ou mouliné ou tenant compte de régimes médicalement prescrits, l'argument avancé étant l'impossibilité de satisfaire tous les "particularismes".

⁵⁴ Voir notamment l'entretien avec le directeur de la cuisine centrale d'une commune urbaine, ayant supprimé la possibilité de choix et n'ayant pas constaté de baisse de demandes.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Entretien avec M. TRONCHON, op.cit.

⁵⁷ Entretiens avec le Dr. LEVASSEUR faculté de médecine de Rennes et Dr. FERRY.

Par ailleurs, les enquêtes de satisfaction auprès des usagers devraient être généralisées. Pour preuve, l'enquête « Que choisir », très critique, n'a trouvé aucun écho auprès des services de portage de repas publics ou privés⁵⁸.

3.1.3 Favoriser la socialisation

Les troubles du comportement alimentaire et, par voie de conséquence la mauvaise alimentation, sont souvent provoqués par une rupture du lien social, par l'isolement et la solitude. Il ne faut donc pas sous-estimer la dimension sociale de l'alimentation⁵⁹. Seule, la personne âgée peut perdre l'habitude de se mettre à table et n'être plus motivée à manger sain et varié⁶⁰.

Le passage des livreurs constitue souvent la seule visite de la journée, c'est pourquoi ce moment doit être convivial et sécurisant.

Il faudrait développer les actions donnant aux personnes âgées une nouvelle utilité sociale : concours de recettes, rencontres inter-générationnelles autour d'ateliers de cuisine et de dégustation, etc.

Cette nécessité de rapprocher les gens implique de favoriser la prise de repas en commun dans des lieux de convivialité. Une expérience a été menée à Chambéry où, tous les mois, les personnes âgées, leurs proches et voisins, préparent et partagent une soupe. A Paris, les Petits Frères des Pauvres proposent régulièrement d'offrir un moment exceptionnel associant, repas et bal par exemple, tout en assurant le transport des personnes âgées. Ce genre d'initiatives doit être développé.

3.1.4 Motiver et mieux former les livreurs à domicile

Les livreurs de repas doivent avoir la possibilité d'établir une relation humaine et sociale avec les personnes âgées⁶¹. Une ambitieuse politique de formation portant, notamment sur la compréhension des dimensions psychologique, médicale et sociale du vieillissement des personnes pourrait être envisagée.

⁵⁸ Entretien du 14 mai 2008 avec Mme HUC, op.cit.

⁵⁹ FISCHLER., *L'omnivore*, op.cit, qui insiste sur les trois dimensions, imaginaire, symbolique et sociale de l'alimentation

⁶⁰ Etude Solinut, op.cit.

⁶¹ DE LA MURE C. op.cit.

La livraison devrait au minimum s'accompagner d'un contact avec les personnes servies, d'une vérification de la consommation de la livraison précédente et des conditions de conservation et de consommation des rations servies.

3.1.5 Associer le portage des repas avec d'autres modes d'intervention

Le portage de repas ne peut être une solution satisfaisante que s'il est complété par d'autres services, dans une véritable démarche d'aide aux repas.

Le CNA insiste sur le rôle primordial rempli par les aides à domicile, notamment les Auxiliaires de Vie Sociale (AVS). Il existe depuis peu en France un diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) qui comprend désormais six domaines de formation remplaçant les onze modules antérieurs⁶². Le quatrième domaine s'intitule « Accompagnement et aide dans les actes ordinaires de la vie quotidienne » et aborde la dimension de l'alimentation. Par conséquent, les AVS sont formés à la réalisation des achats, à l'élaboration des menus et à la préparation de repas équilibrés. La formation porte également sur l'importance du plaisir et de la convivialité alimentaires, et sur la nécessité d'inciter les personnes âgées à boire et manger suffisamment.

Pour les personnes isolées, le portage de repas devrait idéalement être combiné avec la présence d'une AVS, s'assurant de la prise du repas.

Pour autant, si un portage de repas mieux pensé peut constituer un élément nécessaire à la lutte contre la dénutrition, il ne nous semble pas suffisant et doit être accompagné par une démarche plus globale de développement de filières et de réseaux.

⁶² Décret et arrêté de 2002 modifiés par le décret n°2007-348 du 14 mars 2007, l'arrêté du 4 juin 2007 et annexes et la circulaire n° DGAS/SD4A/2007/297 du 25 juillet 2007.

3.2 Axes de réflexion pour une lutte plus globale contre la dénutrition des personnes âgées à domicile

3.2.1 Un développement des compétences des acteurs au service d'une plus grande coordination au sein de la filière de prise en charge

A) Développer les compétences et les connaissances des acteurs

Les principaux acteurs du maintien à domicile sont les médecins traitants ainsi que les aidants professionnels et familiaux.

Concernant les médecins généralistes, leur formation en second cycle⁶³ ne comporte qu'une cinquantaine d'heures portant sur l'environnement et la demande sociale. Le troisième cycle comporte un module de gériatrie, qui aborde les questions du dépistage et du traitement de la dénutrition. Le sujet n'est donc appréhendé que du seul point de vue médical et occulte l'aspect social, les représentations de l'alimentation, le plaisir de la table, le projet de vie.

Les aides à domicile, titulaires ou non du DEAVS améliorent leurs connaissances sur la dénutrition en bénéficiant d'une « éducation nutritionnelle », comme l'attestent les résultats d'une étude récente⁶⁴. Il convient donc de promouvoir les actions de formations de ces professionnels, lesquelles sont d'ailleurs éligibles à un cofinancement de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)⁶⁵.

Enfin, des actions de communication et d'information doivent être adressées en direction des personnes âgées elles-mêmes et de leurs familles. L'objectif est de mettre un terme aux idées reçues selon lesquelles la personne âgée a un besoin nutritionnel inférieur à celui de l'adulte.

⁶³ Le second cycle des études médicales comporte quatre années.

⁶⁴ BARBERGER-GATEAU P, HELMER C, OURET S, GENDRON B, Evaluation quasi expérimentale d'une intervention d'éducation nutritionnelle auprès des aides à domicile de personnes âgées, *in* Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, n° 3, Juin 2006.

⁶⁵ Circulaire DGAS/2C n° 2006-66 du 17 février 2006 relative à la mise en œuvre des actions éligibles au financement de la section IV de la CNSA.

B) Optimiser la coordination au sein de la filière de prise en charge

Différents acteurs de la filière jouent un rôle préventif ou curatif dans la lutte contre la dénutrition des personnes âgées à domicile. Il s'agit notamment des aides à domicile, médecins libéraux, services d'urgence, associations, familles, caisses de sécurité sociale et caisses de retraite, professionnels de santé libéraux, SSIAD, diététiciens, CLIC, services déconcentrés de l'Etat et collectivités territoriales.

La question de la dénutrition des personnes âgées recouvre de multiples problématiques pour chacun de ces acteurs :

- enjeux financiers et organisationnels pour les hôpitaux. Les personnes âgées « embolisent » leurs services, ce qui augmente la durée moyenne de séjour et donc impacte le financement des établissements
- enjeux financiers et cohérence de la politique menée par les pouvoirs publics, lesquels travaillent à la réalisation d'économies dans le secteur sanitaire notamment⁶⁶, et discourent en faveur du maintien à domicile⁶⁷
- situations difficiles pour les personnes âgées dont l'hospitalisation compromet le maintien à domicile.

Par conséquent, il apparaît pertinent que ces acteurs échangent sur leurs connaissances, leurs pratiques, leurs difficultés, en s'inscrivant dans un réseau, dans un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) ou Social et Médico-Social⁶⁸ (GCSMS). Ils favoriseraient ainsi l'émergence d'une vision plus globale du problème de la dénutrition des personnes âgées. Regrouper des acteurs issus du monde administratif, social ou soignant, professionnels ou non, animés par des considérations et des sensibilités différentes selon leur statut serait une valeur ajoutée.

La participation d'autres acteurs partageant cette problématique (gériatres, EHPAD, hôpitaux locaux), enrichirait l'analyse et la réflexion.

⁶⁶ A ce jour, aucune étude de bénéfice n'a été réalisée comparant le coût induit par une politique de prévention de la dénutrition à domicile (portage de repas) et celui d'une prise en charge institutionnelle.

⁶⁷ Axe 1 du Plan de Solidarité Grand Age, op.cit.

⁶⁸ Article L 312-7

Articles R 312-194-1 et suivants du CASF issus du décret n° 2006-413 du 06 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale.

Article L 6133-1 à 6 du code de santé publique (CSP).

3.2.2 Vers un financement et une réglementation en plus grande cohérence avec les besoins des personnes âgées à domicile

A) Un financement permettant une couverture des besoins

Les professionnels de l'aide à domicile considèrent que les modalités d'évaluation du degré de dépendance des personnes âgées pour l'attribution de l'APA, prennent en considération de façon inadaptée les actes quotidiens liés à l'alimentation.

En outre, d'après nos enquêtes et lectures, le nombre d'heures d'aides à domicile attribuées dans les plans d'aide paraît insuffisant. Selon M. ENNUYER, un ajustement de 30% à 50% apparaît nécessaire à la couverture totale des besoins des personnes âgées à domicile.

B) L'intérêt d'une évolution vers la qualification de service social et médico-social

Malgré une formulation de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) qui peut prêter à interprétation⁶⁹, les services de portage de repas à domicile en tant que tels ne sont pas à ce jour considérés comme des services sociaux et médico-sociaux. L'évolution en ce sens de la réglementation permettrait l'application du droit des usagers⁷⁰.

- la mise en place d'un projet de vie personnalisé pour pallier le manque d'individualisation de la prestation
- la réalisation d'une enquête de satisfaction annuelle pour prendre en compte les attentes des bénéficiaires
- la mise en œuvre d'une démarche qualité impliquant la réalisation d'évaluations internes et externes, les secondes conditionnant le renouvellement de l'autorisation de fonctionner
- l'inscription des services de portage dans le cadre d'un schéma d'organisation sociale et médico-sociale pour tendre vers la réduction des inégalités territoriales.

⁶⁹ Article L312-1 du CASF : « Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux (...) les services qui accueillent des personnes âgées ou **qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie** (...) ».

⁷⁰ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico - sociale.

3.2.3 Une expérimentation et des perspectives d'avenir

A) L'expérience du concept « papy loft »

Le « Papy Loft » consiste en une proposition expérimentale⁷¹ de logements locatifs individuels en direction des personnes âgées de plus de 60 ans ayant des difficultés à entretenir leur logement. Les maisons, de plain-pied, sont adaptées aux handicaps. Elles sont mitoyennes et disposées en « U » autour d'un jardin collectif et d'une pièce commune destinés à favoriser les relations de voisinage. Une offre de services aux personnes âgées peut y être associée : aide à domicile, SSIAD, portage de repas etc.

Le « Papy Loft » semble pouvoir constituer un cadre privilégié pour le portage de repas à domicile, car il permet d'apporter les éléments de lien social, de convivialité, de partage d'un repas.

B) La place du portage des repas dans le cadre de l'évolution démographique et culturelle

Il est fort probable que le portage de repas sera mieux vécu par les bénéficiaires des générations futures et donc susceptible de lutter plus efficacement contre la dénutrition.

Le modèle classique des femmes au foyer a évolué avec leur entrée en masse dans le monde du travail dès la seconde moitié du 20^{ème} siècle. Cette évolution a modifié les modes de fonctionnement traditionnels de la cellule familiale. Cela s'est traduit, au niveau de l'alimentation, par un recours plus fréquent aux plats préparés, présentés en barquette ; ce qui laisse présager une plus grande adaptation aux modes de présentation des repas portés.

C) Compléter le portage des repas par d'autres mesures favorisant l'alimentation

Beaucoup de personnes choisissent le service de portage de repas à domicile car elles ne bénéficient plus de suffisamment de commerces de proximité qui constituent souvent leur seule source d'approvisionnement. Des politiques d'aide au maintien ou au retour de ce type de commerces doivent impérieusement être menées en aidant, par exemple, à l'installation de jeunes commerçants ou en favorisant le commerce ambulant. Il

⁷¹ Expérimentation à l'initiative des communes de Bieville-Beuville et de Moulton (Calvados) en partenariat avec la SA HLM La Plaine Normande.

serait judicieux également de développer des conditionnements de taille adaptée aux portions individuelles.

4 Conclusion

Si, aujourd'hui, la dénutrition est très précisément définie sur le plan médical et si ses conséquences sont de plus en plus connues et envisagées par les pouvoirs publics, son dépistage chez les personnes âgées n'est pas encore systématique.

Pourtant, la dénutrition de la personne âgée est un facteur majeur d'aggravation de la morbidité et de la mortalité. Ce constat associé à l'évolution démographique dans notre pays a généré une politique globale de prise en charge des personnes âgées et des problèmes nutritionnels.

A la jonction de ces deux approches se trouve la problématique de la dénutrition de la personne âgée. Dans le cadre de sa prévention à domicile le portage de repas est souvent avancé comme un élément majeur.

Il s'avère que, comme beaucoup d'approches ou d'outils, il ne peut seul résoudre l'ensemble du problème. La prévention de la dénutrition recouvre bien plus que la simple approche nutritive, elle intègre une dimension psycho-sociale souvent oubliée.

La séparation des prises en charge sanitaires et sociales mise en œuvre en France depuis 1975, se traduit par une vision très médicalisée de ce sujet.

L'ensemble des acteurs s'est plus centré sur la qualité nutritionnelle et bactériologique (HACCP) des repas portés que sur l'efficacité de la prestation, à savoir, le repas est-il effectivement consommé ?

L'ensemble des lectures et des entretiens réalisés au cours de ce module orientent les axes d'amélioration de la prévention de la dénutrition de la personne âgée vers une meilleure individualisation de la prise en charge. D'une manière générale, cette orientation se retrouve dans différentes sphères de notre société et se traduit par de nombreuses lois adoptées ces dernières années.

Parallèlement, l'amélioration de la lutte contre la dénutrition nécessite la coordination des différents acteurs intervenant auprès des personnes âgées.

Il s'avère donc que le portage de repas, même s'il doit être amélioré sur plusieurs points, est nécessaire à la prévention de la dénutrition des personnes âgées à domicile mais ne peut en aucun cas être une réponse standardisée et exclusive.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Code de santé publique

Code de l'action sociale et des familles

Code du travail

Loi n°2002 – 2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Arrêté n° AGRG9700715A du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social, JO n° 247 du 23 octobre 1997.

Circulaire DGAS/2C n° 2006-66 du 17 février 2006 relative à la mise en œuvre des actions éligibles au financement de la section IV de la CNSA.

Plans et programmes

Programme National Nutrition Santé 2001-2005.

Programme National Nutrition Santé 2006-2010.

Plan national « Bien vieillir » 2007-2009

Plan Solidarité Grand Age – Juin 2006

Programme Bien vieillir 2003-2005

Avis et recommandations

Avis n°53 du Conseil National de l'Alimentation du 15 décembre 2005 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques.

Avis du Conseil Economique et Social, « L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins », 26 septembre 2007.

Recommandations professionnelles de la Haute Autorité en Santé, « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée », avril 2007.

Rapports

Rapport du Haut Comité de Santé Publique « Pour une politique nutritionnelle de Santé Publique en France : Enjeux et propositions », juin 2000.

Rapport du Pr. S.HERCBERG sur le Programme National Nutrition Santé, Janvier 2006.

Rapport de la Cour des Comptes sur les personnes âgées dépendantes, novembre 2005.

Rapport final du Module Interprofessionnel de Santé Publique, « Voies d'amélioration de l'alimentation et du statut nutritionnel des personnes de plus de 70 ans », 2006, groupe 12.

Ouvrages

BASDEKIS J.C. *L'alimentation des personnes âgées et la prévention de la dénutrition*. Paris, Editions Estem, 2004.

ENNUYER B. *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*, Dunod, 2006.

FERRY M., ALIX E. et al. *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*. Paris, Edition Masson, collection Abrégés 2007.

FISCHLER C. *L'omnivore*, Paris, Editions Odile Jacob, collection Point Seuil, 1993.

FISCHLER C. *Manger*, Paris, Editions Odile Jacob, 2008.

Articles de périodiques

BARBERGER-GATEAU P, HELMER C, OURET S, GENDRON B, Evaluation quasi expérimentale d'une intervention d'éducation nutritionnelle auprès des aides à domicile de personnes âgées, *in* Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, n° 3, Juin 2006.

CONSTANS T. « Dénutrition des personnes âgées » *in* Revue du Praticien, n°53, 2003.

DE LA MURE C, « Petit boulot ou travail social ? Les porteurs de repas à domicile », *in* Lien social, n° 452, septembre 1998.

EIZNER N, « L'alimentation entre diversité et normalisation », *in* Revue Pour, n° 129, 1991.

ESPINASSE M-T., « Vieillir en ville », *in* Gérontologie et Société, n° 69, juin 1994.

ESPINASSE M-T., « Gestion de la dépendance et stratégies des personnes âgées », *in* Vieillir dans la ville, L'Harmattan, MIRE et Plan urbain, 1992.

FISCHLER C., « L'aliment moderne en quête de racines », *in* Revue Pour, n°129, 1991.

MALEYSSON F., « Portage des repas, c'est pas bombance », Enquête, *in* Que choisir ?, janvier 2008.

POLY D., « La consommation de produits régionaux en France », *in* Revue Pour, n°129, 1991.

RAYNAUD-SIMON A., LESOURD B. « Dénutrition du sujet âgé. Conséquences cliniques » *in* Presse Médicale, n° 29, 2000.

VELLAS, B., NOURHASHEMI, F.,OUSSET, P.J. et al, « Le suivi médical des patients atteints de la maladie Alzheimer », *in* La revue gérontologique, 1997.

WAYSFELD B., « Alimentation, convivialité et symboles », *in* Revue Pour, n°129, 1991.

Revues

Revue Concours Médical n° 13, 2006, 571-6. FERRY M. Dénutrition de la personne âgée (formation).

Revue Gérontologie et Société, n° 83, 1997.

Revue Pour, 1991, « Alimentation et lien social », n° 129.

Etudes

Etudes et Statistiques, DREES, n° 293, février 2004, « APA à domicile : une analyse des plans d'aide ».

Etudes et Statistiques, DRESS, N° 307, avril 2004, « L'action sociale des communes de 5000 à moins de 20000 habitants ».

Etudes et Statistiques, DREES, n° 317 juin 2004, « L'aide sociale extralégale ou facultative des départements ».

Etudes et Statistiques, DREES, n° 459, janvier 2006, « Les effets de l'APA sur l'aide dispensée aux personnes âgées ».

FERRY M. (Dr), « Etude Solinut », *in* 4^{ème} Congrès européen sur l'alimentation des personnes âgées des 4 et 5 novembre 2004 à Toulouse

Brochures et guides

Guide nutrition à partir de 55 ans, La santé en mangeant et en bougeant plus.

Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées.

Livret d'accompagnement des guides nutrition destiné aux professionnels de santé, INPES.

Sites Internet

<http://www.seniroactu.com> (consulté le 14 mai 2008)

<http://www.paysderennes.fr> (consulté le 14 mai 2008)

<http://www.legifrance.fr>